

緊急輸血時に医療者2名でダブルチェックは行ったがシステムでの電子認証をせず、輸血を実施した事例

【今回の事例概要】

○症例 70歳代 胸痛により救急外来に搬送

➡心電図にてST変化。血圧低下あり。

➡心電図変化に対して緊急カテーテルの処置施行。

➡血液ガスにてHb 5.0と高度貧血あり緊急輸血対応。

➡医師と看護師は口頭でのダブルチェックを実施したが
システムで電子認証せず、輸血の投与開始した！！



- 1 輸血時に電子認証が必要なことを知らなかった。
- 2 マンパワー不足によりシステムでの輸血認証対応ができなかった。

【当該施設での基本的な輸血の流れ】

- ①システム認証による製剤出庫処理をし看護師と検査技師が製剤をダブルチェック
- ②医師が外観確認を行い、製剤に間違いが無いことを確認しサイン
- ③看護師2名によるダブルチェック
- ④ベッドサイドで、患者と看護師でダブルチェック（患者に意識がない場合は省略可）
- ⑤電子機器によるバーコード照合を実施（電子認証）してから輸血を開始

【事例から考えるポイント】

- ・電子認証は輸血過誤を防止する重要な手段です！
 - ・電子認証を使用する際は「適切な使用方法」を心がけましょう！
 - ・適切な人員配置等を検討しましょう！
- ※特に夜間などの診療時間外の際にはどの施設でも人員不足に悩まされますが
安全に輸血が実施できる体制を構築しましょう
- ・定期的な研修会やラウンドを行い、電子認証の適切な使用方法を確認しよう！

輸血療法部会では、輸血関連インシデント事例を解析、発信し、安全な輸血療法の発展に貢献します

長野県献血推進協議会 輸血療法部会

事務局 薬事管理課

026・235・7157

長野県赤十字血液センター 026・214・8194

Mail:yuketsu-ryouhou@kts.bbc.jrc.or.jp

当部会のホームページ：<https://www.pref.nagano.lg.jp/yakuji/kenko/iryo/iyakuhin/yuketsuryouhou.html>